附件：

医疗保障局信息公开申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 受理机关名称 |  |
|  申 请 人 信 息 | 公民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 法人或者其他组织 | 名 称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法定代表人 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 机构类型 | □商业企业 □科研机构 □社会公益组织 □法律服务机构 □其他  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 |  |
| 代理人信息 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 所需 政 府 信 息情况  | 所需政府信息的内容描述（政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述） |  |
| 所需政府信息的指定提供载体形式 | □纸质 □电子邮件 □光盘□若无法按照指定方式提供所需信息，也可以接受其他方式 |
| 获取政府信息的方式 | □邮寄 □传真 □电子邮件 □自行领取□当场查阅、抄录 |
| 本人（单位）承诺所获取的政府信息，未经公开单位许可，不得随意扩大公开范围。 |